

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“ESTILOS DE CRIANZA Y SU RELACIÓN CON PRESENCIA DE  
PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES EXPUESTOS A EVENTO  
TRAUMÁTICO EN LA INFANCIA”**

**Por**

**DR. EMILIO ESTEBAN MONTEMAYOR PACHUR**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRA INFANTIL Y DE LA  
ADOLESCENCIA**

**“Estilos de crianza y su relación con presencia de psicopatología  
en pacientes expuestos a evento traumático en la infancia”**

**Aprobación de la tesis:**

---

**Dr. José Antonio López Rangel**  
**Director de la tesis**

---

**Dr. Alfredo Cuéllar Barboza**  
**Coordinador de Enseñanza**

---

**Dr. Erasmo Saucedo Uribe**  
**Coordinador de Investigación**

---

**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano**  
**Jefe de Servicio o Departamento**

---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

## **DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS**

Al Departamento de Psiquiatría y sobre todo al Servicio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Hospital Universitario de la UANL.

## TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. RESUMEN .....	7
2. ANTECEDENTES.....	9
3. HIPÓTESIS .....	13
4. OBJETIVOS .....	13
5. MATERIAL Y MÉTODOS .....	14
6. RESULTADOS.....	27
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	28
8. ANEXOS .....	30
9.BIBLIOGRAFÍA .....	34
10. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	40

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Aspectos sociodemográficos, cuestionario de depresión infantil y estilos de crianza .....	24
2. Depresión (CDI) por Estilo de Crianza ... ..	25
3. PHM 95%. .....	26

## INDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico	Página
1. Porcentaje por sexo.....	25
2. Porcentaje de diagnósticos psicopatológicos por estilo de crianza. .....	24

## **RESUMEN**

**Título:** “Estilos de Crianza y su relación con psicopatología en pacientes expuestos a evento traumático en la infancia”

**Objetivo:** Identificar factores protectores de los estilos de crianza en pacientes con antecedente de eventos trumáticos en la infancia. Describir los datos sociodemográficos de los pacientes identificados con antecedente de quemaduras de 2do y 3er grado en la infancia e identificar la prevalencia de comorbilidades psiquiátrica en esta población.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, analítico y descriptivo en pacientes con antecedente de quemadura de 2do y 3er grado en la infancia. Se realizó en conjunto con la fundación Michou y Mau y con el apoyo del departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Universitario “José Eleuterio González”. Se aplicó el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el M.I.N.I. –Kids y la Escala de estilos y dimensiones parentales.

Realizando análisis estadístico de codificación de variables en programa Excel (estadística descriptiva).

Se utilizó para el análisis completo el paquete SPSS IBM versión 20.

**Resultados:** A pesar de que no existe diferencia significativa entre los grupos, al hacer análisis por caso de forma descriptiva se logra identificar la tendencia que existe con respecto al Estilo Autoritativo el cual la mayoría de

los sujetos estudiados fueron sanos (88.2%) y el único paciente identificado con Estilo de crianza Autoritario presentó dos diagnósticos psicopatológicos (TDAH y TND), lo que pudiera sugerir que de los estilos descritos el Autoritativo es el que pudiera relacionarse con protección tras vivir eventos traumáticos.

**Experiencia del grupo de trabajo:** Dr. José Antonio López Rangel, maestro adscrito al departamento de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Psiquiatra egresado del Hospital Universitario “José Eleuterio González”. Subespecialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Asesor de tesis de especialidad. Dr. Emilio Esteban Montemayor Pachur, Psiquiatra egresado del Instituto Nacional de Psiquiatría. Actualmente cursando el posgrado en Psiquiatría Infantil y del Adolescente en Hospital Universitario “José E. González”.



## **Antecedentes:**

### **a) Antecedentes Generales:**

Es importante marcar que la experiencia de eventos traumáticos en la infancia puede generar estrés crónico, por lo que se intenta encontrar la asociación entre el estrés, la activación del eje hipotamalo-hipofisis-adrenal (HHA) y su disfunción a largo plazo y alteraciones en el neurodesarrollo<sup>1,2,3</sup>.

Las quemaduras a menudo cumplen con los criterios para un evento traumático (American Psychiatric Association, 2000) y no solo son angustiantes en el momento de la lesión, sino que también pueden ser una fuente de estrés continuo tanto para el niño como para toda la familia. En el período agudo, las quemaduras pueden ser potencialmente mortales y extremadamente dolorosas.

Todo daño ocasionado por quemaduras graves produce un fuerte impacto emocional tanto en el niño como en su familia. No solo cuenta el estrés asociado al riesgo de vida que corre el niño, sino también el relacionado con la internación, la complejidad de los tratamientos requeridos, el largo periodo de rehabilitación y los cuidados necesarios para disminuir las secuelas.<sup>6</sup>

La persona que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático de carácter extremo puede presentar Trastorno por Estrés Agudo (T.E.A.) caracterizado esencialmente por la aparición de ansiedad y síntomas disociativos que tienen lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático.

Se reserva el término de Trastorno por Estrés Postraumático (T.E.P.T.) cuando los síntomas se prolongan más de cuatro semanas.<sup>7</sup>

La investigación ha demostrado que después de una lesión por quemaduras, aproximadamente el 6% - 47% de los niños y adolescentes desarrollan un trastorno de estrés agudo (ASD; Fukunishi, 1998; Saxe et al., 2005), trastorno de estrés postraumático (TEPT; Landolt, Buehlmann, Maag y Schiestl, 2009) y la ansiedad (Stoddard, Norman, Murphy, y Beardslee, 1989).

Resulta relevante al analizar la evolución a largo plazo de los menores que han presentado T.E.P.T.; los estudios de seguimiento, algunos efectuado hasta quince años después de los eventos traumáticos, muestran una persistencia de la sintomatología de T.E.P.T. en una proporción significativa de los menores expuestos a estresores traumáticos con cifras de persistencia del diagnóstico que fluctúan entre el 24% y el 70%. Esto implica

que en un alto número de los casos el haber sufrido un evento traumático severo que haya desencadenado un T.E.P.T, en la niñez, puede dejar huellas psicopatológicas que se arrastren por décadas llegando incluso a la vida adulta.

Los mecanismos neuroendocrinológicos son críticos en la medicación de la transmisión genotipo-fenotipo en los trastornos afectivos completando la evidencia que indica está relacionado con el estado depresivo del adulto mayor, del trastorno bipolar y del trastorno por estrés postraumático.<sup>11,12,13</sup>

La investigación sobre la interacción del entorno temprano con la vulnerabilidad genética ha descubierto que la adversidad infantil puede amplificar las vulnerabilidades genéticas, mientras que un entorno emocionalmente responsable puede ser protector para las personas con éstas vulnerabilidades.<sup>14</sup>

Se ha identificado que la respuesta del infante al estresor al que fue expuesto se relaciona con la respuesta de los padres a éste. Hay una asociación entre sintomatología de padres e hijos.<sup>4</sup>

Las respuestas a factores estresantes repentinos y severos están influenciadas por factores biológicos, el ambiente infantil, los traumas

pasados, la gravedad del factor estresante y el estrés de la vida y el apoyo social durante la recuperación.

Los factores que operan antes del trauma pueden afectar directa o indirectamente la vulnerabilidad al estrés traumático y al riesgo de trastorno, y los factores posteriores pueden exacerbar o mejorar las respuestas emocionales negativas al estrés extremo.<sup>4</sup>

#### b) Originalidad y contribución del proyecto:

Las investigaciones científicas relacionada con violencia, estrés postraumático y factores precipitantes desde modelos animales y humanos durante los últimos 10 años buscan la asociación entre la presencia de estresores y la presencia de trastornos psiquiátricos. Sin encontrar una asociación significativa y sin investigar a su vez los factores que pudieran funcionar como protectores para el desarrollo del trauma.

Existe una evidencia limitada centrada en la evaluación, seguimiento e identificación del estrés postraumático en la infancia, debido a la variación de su cuadro clínico por género y edad, dificultando establecer el efecto de los

eventos traumáticos en edades tempranas y su impacto en la aparición de trastornos en las siguientes etapas de la vida, además de alteraciones en el neurodesarrollo.

### **Hipótesis:**

#### **Hipótesis Activa:**

Los estilos de crianza positivos se relacionan con un menor desarrollo de psicopatología en menores expuestos a evento traumático.

#### **Hipótesis Nula:**

No existe diferencia en cuanto al desarrollo de psicopatología en menores expuestos a evento traumático, independientemente del estilo de crianza.

### **Objetivo general:**

Identificar factores protectores de los estilos de crianza en pacientes con antecedente de eventos traumáticos en la infancia.

### **Objetivos particulares:**

Establecer los datos sociodemográficos de los pacientes con antecedente de quemaduras de 2do y 3er grado en la infancia.

Identificar la prevalencia de comorbilidades psiquiátrica en esta población.

Identificar los estilos de crianza de su familia nuclear.

### **Materiales y métodos:**

#### **A) Muestra:**

##### Universo

Pacientes con antecedentes de quemaduras, atendidos por la asociación Michu y Mau (MM), en el período comprendido de enero del 2002 a diciembre del 2010, en Nuevo León México.

##### Población

Pacientes con antecedentes de quemaduras, atendidos por la asociación MM, que cumplen los criterios de selección, en el período comprendido de enero del 2002 a diciembre del 2010, en Nuevo León México.

##### Tamaño de muestra

El presente estudio evaluará a todos los pacientes, que cumplan en conformidad con los criterios de selección, por lo que al ser de carácter poblacional, no aplica un tamaño de muestra.

#### Criterios de inclusión:

##### Grupo de pacientes

Pacientes entre los 9 y 16 años de edad cumplidos al momento del inicio del estudio.

Pacientes con antecedente de quemaduras de 2do y 3er grado en la infancia.

Pacientes atendidos por la asociación MM, en el período comprendido de enero del 2002 a diciembre del 2010, en Nuevo León México.

Pacientes que asientan el consentimiento informado.

Pacientes cuyos Padres acepten el consentimiento informado.

##### Grupo de padres:

Padre, madre o tutor de pacientes participantes.

Que asientan el consentimiento informado.

Que acepten el consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión:

Pacientes con patología/condición psiquiátrica previamente diagnosticada.

Pacientes con discapacidad intelectual indefinida.

Pacientes con diagnóstico de trastornos relacionados con el desarrollo.

Pacientes con problema psicológico significativo.

Criterios de eliminación:

Rechazo al llenado de encuestas autoaplicables.

Método de reclutamiento:

Se contactará vía telefónica a los pacientes que cumplan con las características (Base de datos proporcionados por fundación Michou y Mau). Se agendará cita para completar entrevista y llenado de escalas.

Obtención de Consentimiento Verbal:

Se le explicará el objetivo y procedimiento del estudio de manera verbal y detallada, aclarando las dudas que se pudieran generar durante la explicación.

Confidencialidad:

Se utilizarán expedientes marcados sólo con iniciales de nombre y un número de registro asignado para mantener la confidencialidad, además de mantener la papelería recaudada en caja bajo llave.



## **B) Descripción del diseño**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Población de estudio: Pacientes con antecedentes de quemaduras, atendidos por la asociación MM, que cumplen los criterios de selección, en el período comprendido de enero del 2002 a diciembre del 2010, en Nuevo León México.

El objetivo es evaluar a largo plazo el efecto de eventos traumáticos en la infancia en el neurodesarrollo y en relación al desarrollo de psicopatología, mediante la evaluación clinimétrica de esta población.

Se informará a los padres sobre la importancia de una evaluación adecuada a menores que cuentan con antecedentes de eventos traumáticos en la infancia ya que la manifestación de secuelas no es la establecida en los adultos, la posibilidad de comorbilidades y la predisposición a patología psiquiátrica en la adolescencia y la vida adulta es alta. El establecer una valoración adecuada para los pacientes en esta etapa de vida es necesaria por la dificultad en la comunicación y expresión de sintomatología. Con el objetivo de dar un adecuado seguimiento a largo plazo y si los padres

identifican signos o síntomas de malestar, la posibilidad de acudir con el profesional adecuado para atención oportuna.

Posterior a aceptar realizar los procedimientos del protocolo, se realizará una evaluación para revisar criterios de inclusión y exclusión, se aplicará a los pacientes el cuestionario de síntomas depresivos y la entrevista estructurada MINI-kids y a uno de los padres el Cuestionario Parenting Styles and Dimensions Questionnaire.

### **C) Descripción de escalas**

#### Inventario de depresión infantil (CDI)

Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de depresión infantil. Es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptado por todos los expertos en depresión infantil, ya que ha demostrado un comportamiento sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos.

Evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y propone una puntuación total de Depresión. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o puede contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores.

### M.I.N.I. -Kids

Mini entrevista neuropsiquiatra internacional (MINI), versión para niños y adolescentes. Consiste en una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado, obteniendo puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y con un periodo de tiempo de administración mucho más breve (promedio de 18.7 - 11.6 minutos, media de 15 minutos). La entrevista esta dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas

diagnosticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

### Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)

Se utilizará el Cuestionario Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) diseñado por Robinson y cols. en 1995 y publicado ese mismo año en su estudio “Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: development of a new measure”.

El cuestionario cuenta con dos objetivos: (1) desarrollar un método empírico para evaluar las tipologías de estilos de crianza de Baumrind considerando los estilos autoritativo, autoritario y permisivo; y (2) evaluar las dimensiones y la estructura interna dentro de dichas tipologías.

El instrumento contempla un total de 62 afirmaciones y está confeccionado en formato de Escala Likert de 5 puntos, el que presenta un continuo de respuestas que van desde: (1) Nunca a (5) Siempre. El cuestionario está conformado por 3 dimensiones, las que a su vez están compuestas por factores, 11 en total: Dimensión Autoritativa, 4 factores: Cariño y participación (11 ítems), Razonamiento/Iniciación (7 ítems), Participación Democrática (5 ítems) y Relajado/Tranquilo (4 ítems); Dimensión Autoritaria, 4 factores: Hostilidad Verbal (4 ítems), Castigo Corporal (6 ítems),

Estrategias Punitivas y sin razón (6 ítems) y Directividad (4 ítems); y Dimensión Permisiva, 3 factores: Falta de seguimiento (6 ítems), Ignorar la mala conducta (4 ítems) y Confianza en sí mismo (5 ítems) (Robinson y cols., 1995).

La consistencia interna del instrumento fue evaluada a través del coeficiente Alfa de Cronbach, y las medidas arrojadas para cada dimensión son las siguientes: Dimensión Autoritativa: 0,91; Dimensión Autoritaria: 0,86; y Dimensión Permisiva: 0,75.

En cuanto a los resultados, éstos se obtienen al realizar los siguientes cálculos: (1) promediar las puntuaciones de todos los ítems de cada factor, y luego (2) promediar las puntuaciones de todos los factores de cada dimensión. El puntaje final corresponde a la actitud predominante que presenta una persona sobre un estilo de crianza u otro.

El PSDQ es un instrumento de autoaplicación y cuenta con una consigna, a través de la cual se explica a cada una de las personas los pasos a seguir:

“Por favor lea cada frase del cuestionario y piense con qué frecuencia usted actúa de este modo con su niño/a y ponga su respuesta al lado izquierdo de la frase”.<sup>20</sup>

El tiempo aproximado para la aplicación del cuestionario es de 20 minutos.

### **Cálculo del tamaño de muestra:**

El presente estudio evaluará a todos los pacientes que cumplan en conformidad con los criterios de selección. Se determinó tipo de muestra por universo finito en base al censo de la A.C. Michu y Mau.

Se realizaron 50 llamadas telefónicas a diferentes pacientes y familiares.

De los 50 del censo sólo 20 accedieron a darnos su tiempo para participar en el estudio, el resto argumentaba falta de éste o no tener interés ya que consideraban podían traer “malos recuerdos” al paciente o familia.

### **Análisis estadístico:**

Se cuantificaron las puntuaciones de las escalas con análisis de los puntos modificados en cada variable y se describió la interrelación de los instrumentos.

Realizando análisis estadístico de codificación de variables en programa Excel (estadística descriptiva).

Se utilizó para el análisis completo el paquete SPSS IBM versión 20.

### **Cronograma de actividades.**

1. Reclutamiento de pacientes.
2. Aplicación de clinimetría/cuestionarios.
3. Realización de la base de datos.
4. Interpretación de resultados.
5. Presentación de conclusiones.

**El estudio fue autorizado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León y se le otorgó la clave PS18-00014.**

## Resultados

En el estudio participaron un mayor porcentaje de pacientes de sexo masculino, siendo del sexo femenino solamente el 25% de los pacientes participantes. La media de edad fue de 12.05 y la mediana de 12.5, con un mínimo de 9 años y máximo de 15 entre los participantes.

De la población estudiada todos respondieron positivamente al ítem 1 del MINI Kids, el cual cuestiona sobre la existencia de un evento traumático en sus vidas.

**Tabla 1.** Aspectos sociodemográficos, cuestionario de depresión infantil y estilos de crianza.

Edad (años)	12.5 (9-15)
Sexo	
Femenino	5 (25%)
Masculino	15 (75%)
Cuestionario de Depresión Infantil(puntaje)	7 (1-13)
Se recomienda valoración	1 (5%)
Ausente	19 (95%)
Estilo de Crianza	
Autoritativo	17 (85%)
Permisivo	2 (10%)
Autoritario	1 (5%)

Los resultados se expresan en mediana (mínimo – máximo) y frecuencia absoluta (porcentaje).



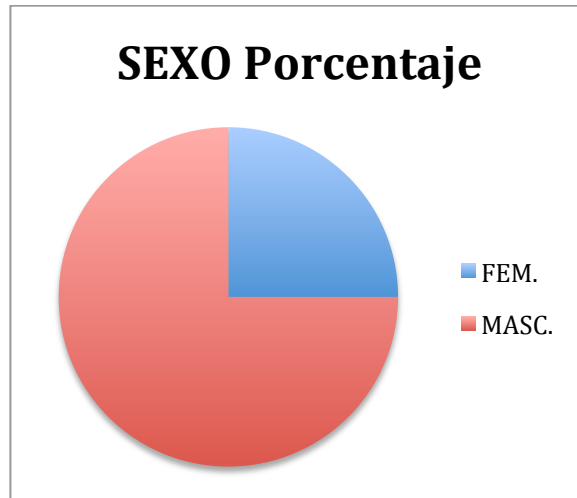


Gráfico 1. Porcentaje por Sexo

En cuanto al cuestionario de depresión infantil (CDI), solamente 1 de los sujetos evaluados puntúo por encima de 12. Este instrumento sugiere que los sujetos que puntúan entre 12 y 18 puntos, aunque no cuentan con síntomas suficientes para considerar un episodio depresivo mayor, pudieran estar en riesgo y por lo tanto se recomienda el que acudan a valoración.

DEPRESIÓN			
ESTILO DE CRIANZA		Porcentaje	Frecuencia
AUTORITATIVO PERMISIVO	Ausente	100.0	17
	Se recomienda valoración	50.0	1
	Ausente	50.0	1
	Total	100.0	2
AUTORITARIO	Ausente	100.0	1

Tabla 2. Depresión (CDI) por Estilo de Crianza.

Con respecto a los diagnósticos psicopatológicos por la M.I.N.I. – Kids, se reportaron sólo los diagnósticos de fobia específica (Fob Esp), Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Trastorno negativista desafiante (TND) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Solamente se reportó una comorbilidad y fue de TDAH y TND y se presentó en el sujeto con Estilo de Crianza Autoritario. El 88.2% de los sujetos estudiados que reportaron estilo de crianza autoritativo (17-85%) no reportaron ningún diagnóstico psicopatológico por la M.I.N.I.-Kids.

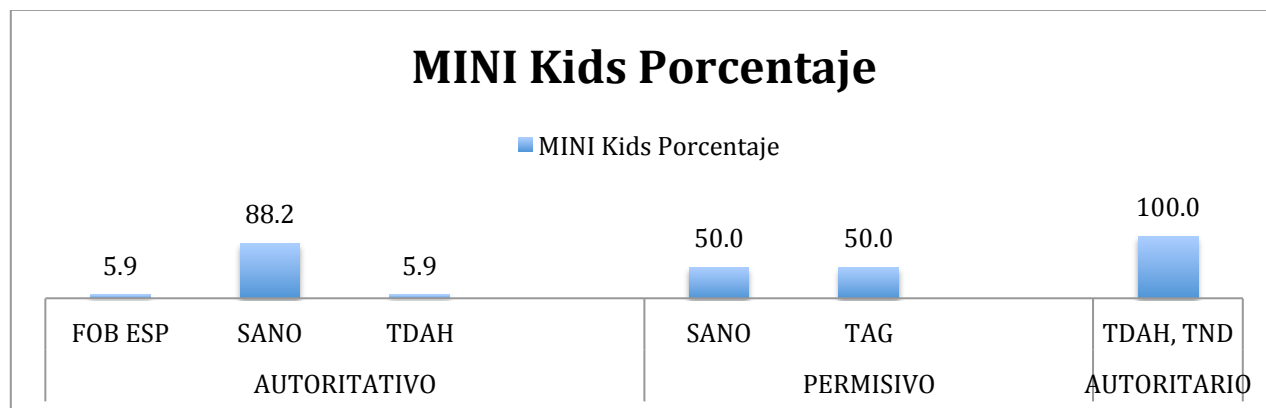


Gráfico 2. Porcentaje de diagnósticos psicopatológicos por estilo de crianza.

		ESTILO DE CRIANZA			p
		AUTORITATIVO	PERMISIVO	AUTORITARIO	
SEXO	FEM.	29.4%	0.0%	0.0%	>0.05
	MASC.	70.6%	100.0%	100.0%	>0.05
MINI Kids	FOB ESP	5.9%	0.0%	0.0%	>0.05
	SANO	88.2%	50.0%	0.0%	>0.05
	TAG	0.0%	50.0%	0.0%	>0.05
	TDAH	5.9%	0.0%	0.0%	>0.05
	TDAH, TND	0.0%	0.0%	100.0%	>0.05
DEPRESIÓN	Se recomienda valoración	0.0%	50.0%	0.0%	>0.05
	Ausente	100.0%	50.0%	100.0%	>0.05

Tabla 3. PHM 95%.

En los datos obtenidos en la interrelación de instrumentos se observa que no existe diferencia significativa entre los grupos de estilo de crianza. A pesar de presentar una diferencia numérica, esta no es lo suficientemente fuerte como para justificar que sea por causa de los factores, sin embargo esto pudiera deberse a un efecto de la baja potencia de una n discreta.

## **Discusión y Conclusiones.**

En los datos obtenidos se observa que no existe diferencia significativa entre los grupos. A pesar de presentar una diferencia numérica, esta no es lo suficientemente fuerte como para justificar que sea por causa de los factores, sin embargo esto pudiera deberse a un efecto de la baja potencia de una  $n$  discreta.

A pesar de que no existe diferencia significativa entre los grupos, al hacer análisis por caso de forma descriptiva se logra identificar la tendencia que existe con respecto al Estilo Autoritativo el cual la mayoría de los sujetos estudiados fueron sanos (88.2%) y el único paciente identificado con Estilo de crianza Autoritario presentó dos diagnósticos psicopatológicos (TDAH y TND), lo que pudiera sugerir que de los estilos descritos el Autoritativo es el que pudiera relacionarse con protección tras vivir eventos traumáticos.

Durante la investigación que realizamos fuimos enfrentándonos a limitaciones importantes que dificultaban el proceso y limitaban la significancia de la misma. Entre las principales dificultades con las que nos encontramos fue primero la localización de los pacientes ya que al ser por vía telefónica hacía el proceso de explicación del estudio más impersonal. Además después de explicar sobre el estudio algunos de los padres de los pacientes que cumplían

los criterios de inclusión se negaban a participar mencionando que deseaban evitar los recuerdos y algunos simplemente por argumentar falta de tiempo. Otra limitación importante a la que nos enfrentamos fue que debido a temas de confidencialidad el estudio no toma en cuenta antecedentes médicos de los pacientes (secuelas, número de cirugías a las que se sometió, días de internamiento, etc.), los cuales pudieran tener un impacto significativo en la intensidad en la que se vivió el evento traumático tanto por el paciente como por la familia. Finalmente al contar con una población discreta es difícil obtener significancia estadística en las variables y asociaciones realizadas debido a la baja potencia de ésta.

## Anexos:

### CUESTIONARIO CDI

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Marca con una "x" la opción que más se relacione con lo que sientes.

1. ☐ ☐ Estoy triste de vez en cuando. ☐ Estoy triste muchas veces. ☐ Estoy triste siempre.
2. ☐ Nunca me saldrá nada bien ☐ No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien. ☐ Las cosas me saldrán bien
3. ☐ Hago bien la mayoría de las cosas. ☐ Hago mal muchas cosas ☐ Todo lo hago mal
4. ☐ Me divierten muchas cosas ☐ Me divierten algunas cosas ☐ Nada me divierte
5. ☐ Soy malo siempre ☐ Soy malo muchas veces ☐ Soy malo algunas veces
6. ☐ A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas. ☐ Me preocupa que me ocurran cosas malas. ☐ Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7. ☐ Me odio ☐ No me gusta como soy ☐ Me gusta como soy
8. ☐ Todas las cosas malas son culpa mía. ☐ Muchas cosas malas son culpa mía. ☐ Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9. ☐ No pienso en matarme ☐ pienso en matarme pero no lo haría ☐ Quiero matarme.
10. ☐ Tengo ganas de llorar todos los días ☐ Tengo ganas de llorar muchos días ☐ Tengo ganas de llorar de vez en cuando.
11. ☐ Las cosas me preocupan siempre ☐ Las cosas me preocupan muchas veces. ☐ Las cosas me preocupan de vez en cuando.
12. ☐ Me gusta estar con la gente ☐ Muy a menudo no me gusta estar con la gente ☐ No quiero en absoluto estar con la gente.

13. ☐ No puedo decidirme ☐ Me cuesta decidirme ☐ me decido fácilmente
14. ☐ Tengo buen aspecto ☐ Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. ☐ Soy feo
15. ☐ Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes ☐ Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes ☐ No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. ☐ Todas las noches me cuesta dormirme ☐ Muchas noches me cuesta dormirme. ☐ Duermo muy bien
17. ☐ Estoy cansado de cuando en cuando ☐ Estoy cansado muchos días ☐ Estoy cansado siempre
18. ☐ La mayoría de los días no tengo ganas de comer ☐ Muchos días no tengo ganas de comer ☐ Como muy bien
19. ☐ No me preocupa el dolor ni la enfermedad. ☐ Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad ☐ Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20. ☐ Nunca me siento solo. ☐ Me siento solo muchas veces ☐ Me siento solo siempre
21. ☐ Nunca me divierto en el colegio ☐ Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. ☐ Me divierto en el colegio muchas veces.
22. ☐ Tengo muchos amigos ☐ Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más ☐ No tengo amigos
23. ☐ Mi trabajo en el colegio es bueno. ☐ Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. ☐ Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. ☐ Nunca podré ser tan bueno como otros niños. ☐ Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños. ☐ Soy tan bueno como otros niños.
25. ☐ Nadie me quiere ☐ No estoy seguro de que alguien me quiera ☐ Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. ☐ Generalmente hago lo que me dicen. ☐ Muchas veces no hago lo que me dicen. ☐ Nunca hago lo que me dicen
27. ☐ Me llevo bien con la gente ☐ Me peleo muchas veces. ☐ Me peleo siempre.

## Parenting Styles and Dimension Questionnaire.

(Cuestionario de Dimensión y Estilos de Crianza)

Instrucciones:

Por favor, lea cada frase del cuestionario y piense: con qué frecuencia usted actúa de este modo, y ponga su respuesta al lado izquierdo de la frase.

Actúo de esta manera:

**1:** Nunca // **2:** De vez en cuando // **3:** Casi la mitad del tiempo // **4:** Muy seguido // **5:** Siempre

- \_\_\_ 1. Animo a mi hijo/a a hablar sobre sus problemas.
- \_\_\_ 2. Disciplino a mi hijo/a con castigos más que por la razón.
- \_\_\_ 3. Conozco los nombres de los/as amigos/as de mi hijo/a.
- \_\_\_ 4. Considero que es difícil disciplinar a mi hijo/a.
- \_\_\_ 5. Felicito a mi hijo/a cuando se porta bien.
- \_\_\_ 6. Le pego en las nalgas a mi hijo/a cuando es desobediente.
- \_\_\_ 7. Bromeo y juego con mi hijo/a.
- \_\_\_ 8. Evito regañar y/o criticar a mi hijo/a, aun cuando no se comporta de la forma que deseo.
- \_\_\_ 9. Soy cariñoso/a cuando mi hijo/a se encuentra herido/a o frustrado/a.
- \_\_\_ 10. Castigo a mi hijo/a quitándole privilegios sin darle explicaciones.
- \_\_\_ 11. Consiento a mi hijo/a.
- \_\_\_ 12. Apoyo y entiendo a mi hijo/a cuando está enojado/a, molesto/a.
- \_\_\_ 13. Le grito a mi hijo/a cuando se porta mal.
- \_\_\_ 14. Me comporto de forma tranquila y relajada con mi hijo/a.
- \_\_\_ 15. Permito que mi hijo/a moleste a otras personas.
- \_\_\_ 16. Comunico a mi hijo/a lo que espero de él/ella con respecto a su comportamiento antes de realizar una actividad.
- \_\_\_ 17. Regaño y critico a mi hijo/a para lograr que mejore.
- \_\_\_ 18. Muestro paciencia con mi hijo/a.
- \_\_\_ 19. Aprieto con fuerza a mi hijo/a cuando está siendo desobediente.
- \_\_\_ 20. Doy castigos a mi hijo/a y después no los llevo a cabo.
- \_\_\_ 21. Respondo a los sentimientos y necesidades de mi hijo/a.
- \_\_\_ 22. Permito que mi hijo/a dé su opinión con respecto a las reglas familiares.
- \_\_\_ 23. Discuto o regaño con mi hijo/a.
- \_\_\_ 24. Tengo confianza en mis habilidades para criar a mi hijo/a.
- \_\_\_ 25. Explico a mi hijo/a las razones por las cuales las reglas deben ser obedecidas.
- \_\_\_ 26. Parezco estar más preocupada/o de mis propios sentimientos que de los sentimientos de mi hijo/a.
- \_\_\_ 27. Le digo a mi hijo/a que valoro sus intentos y sus logros.
- \_\_\_ 28. Castigo a mi hijo/a dejándolo solo/a en alguna parte sin darle antes una explicación.
- \_\_\_ 29. Ayudo a mi hijo/a a entender el efecto de su comportamiento, animándolo/a a hablar de las consecuencias de sus acciones.
- \_\_\_ 30. Temo que disciplinar a mi hijo/a cuando se porte mal hará que no me quiera.



- \_\_\_ 31. Considero los deseos de mi hijo/a antes de decirle que haga algo.
- \_\_\_ 32. Me enojo con mi hijo/a.
- \_\_\_ 33. Conozco los problemas o preocupaciones de mi hijo/a en la escuela.
- \_\_\_ 34. Amenazo con castigar a mi hijo/a frecuentemente en vez de hacerlo de verdad.
- \_\_\_ 35. Le muestro cariño a mi hijo/a con besos y abrazos.
- \_\_\_ 36. No tomo en cuenta la mala conducta de mi hijo/a.
- \_\_\_ 37. Uso el castigo físico con mi hijo/a como una forma de disciplina.
- \_\_\_ 38. Disciplino a mi hijo/a luego de alguna mala conducta.
- \_\_\_ 39. Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco en su crianza.
- \_\_\_ 40. Le digo a mi hijo/a qué hacer.
- \_\_\_ 41. Cedo cuando mi hijo/a hace un escándalo por algo.
- \_\_\_ 42. Converso con mi hijo/a cuando se porta mal.
- \_\_\_ 43. Le pego una cachetada a mi hijo/a cuando se porta mal.
- \_\_\_ 44. No estoy de acuerdo con mi hijo/a.
- \_\_\_ 45. Permito que mi hijo/a interrumpa a los demás.
- \_\_\_ 46. Comparto momentos agradables y cariñosos con mi hijo/a.
- \_\_\_ 47. Cuando dos niños/as se están peleando, primero los/as castigo y después les pregunto por qué lo hicieron.
- \_\_\_ 48. Motivo a mi hijo/a para que se exprese libremente, incluso cuando no esté de acuerdo conmigo.
- \_\_\_ 49. Le ofrezco recompensas a mi hijo/a para que cumpla con lo que le pido.
- \_\_\_ 50. Reto o critico a mi hijo/a cuando su comportamiento no cumple con lo que espero de él/ella.
- \_\_\_ 51. Soy respetuoso/a con las opiniones de mi hijo/a motivándolo/a para que las exprese
- \_\_\_ 52. Establezco reglas estrictas para mi hijo/a.
- \_\_\_ 53. Le explico a mi hijo/a cómo me siento cuando se porta bien o mal.
- \_\_\_ 54. Amenazo a mi hijo/a con castigarlo/a sin justificación alguna.
- \_\_\_ 55. Considero las preferencias de mi hijo cuando hacemos planes en familia.
- \_\_\_ 56. Cuando mi hijo/a pregunta por qué tiene que conformarse con algo, le digo: "porque yo lo digo", o "porque soy tu padre/madre".
- \_\_\_ 57. Me muestro inseguro/a sobre cómo resolver los problemas de mala conducta de mi hijo/a.
- \_\_\_ 58. Le explico a mi hijo/a las consecuencias de su comportamiento.
- \_\_\_ 59. Le exijo a mi hijo/a que haga determinadas cosas o actividades.
- \_\_\_ 60. Conduzco la mala conducta de mi hijo/a hacia una actividad más adecuada.
- \_\_\_ 61. Tironeo a mi hijo/a cuando desobedece.
- \_\_\_ 62. Insisto en las razones o motivos de las reglas.

¿Quién contestó este cuestionario?

Madre\_\_\_\_ Padre\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_años

## Bibliografía

1. Cova S, F., Rincón G, P., Grandón F, P., & Vicente P, B. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumáticoies\rControversies in regards to the conceptualization of the post-traumatic stress disorderien. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr*, 49(3), 288–297. Retrieved from [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272011000300010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300010)
2. Babel, K. A., Jambroes, T., Oostermeijer, S., van de Ven, P. M., Popma, A., Vermeiren, R. R. J. M., ... Jansen, L. M. C. (2016). Do post-trauma symptoms mediate the relation between neurobiological stress parameters and conduct problems in girls? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10. <http://doi.org/10.1186/s13034-016-0129-0>
3. Belsky, J., Ruttle, P. L., Boyce, W. T., Armstrong, J. M., & Essex, M. J. (2015). Early Adversity, Elevated Stress Physiology, Accelerated Sexual Maturation, and Poor Health in Females. *Developmental Psychology*, 51(6), 816–22. <http://doi.org/10.1037/dev0000017>

4. Carlson, E. B., Palmieri, P. A., Field, N. P., & Dalenberg, C. J. (2017). Psychological Symptoms after Traumatic Experiences, 106–115.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.04.022>.
5. Cordero, M. I., Moser, D. A., Manini, A., Suardi, F., Sancho Rossignol, A., Torrisi, R., ... Isabel Cordero, M. (2017). Effects of interpersonal violence-related post-traumatic stress disorder (PTSD) on mother and child diurnal cortisol rhythm and cortisol reactivity to a laboratory stressor involving separation. *Hormones and Behavior*, 90, 15–24.  
<http://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2017.02.007>
6. Young, A. C. De, Kenardy, J. A., Cobham, V. E., & Kimble, R. (2011). Prevalence , comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children Prevalence , comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children, (June).  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02431.x>
7. Arduino y Spívalo. (2008). Prevencion de secuelas psicologicas en niños con quemaduras graves, XV, 126–133.
8. Theall, K. P., Shirtcliff, E. A., Dismukes, A. R., Wallace, M., & Drury, S. S. (2016). Association Between Neighborhood Violence and Biological Stress in Children. *JAMA Pediatrics*, 31(1), 7–26.  
<http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.2321>
9. Ouellet-Morin, I., Odgers, C. L., Danese, A., Bowes, L., Shakoor, S., Papadopoulos, A. S., ... Arseneault, L. (2011). Blunted cortisol

- responses to stress signal social and behavioral problems among maltreated/bullied 12-year-old children. *Biological Psychiatry*, 70(11), 1016–1023. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.06.017>
10. Gaete, H. P. (2015). HPA axis before and after clinically effective treatment in psychiatric patients: Can hair cortisol estimations help to confirm longterm effectiveness of treatment in these patients? *Psychoneuroendocrinology*, 61, 66. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.572>
11. Kuhlman, K. R., Geiss, E. G., Vargas, I., & Lopez-Duran, N. (2017). HPA-Axis Activation as a Key Moderator of Childhood Trauma Exposure and Adolescent Mental Health. *Journal of Abnormal Child Psychology*. <http://doi.org/10.1007/s10802-017-0282-9>.
12. Jaffee, S. R., McFarquhar, T., Stevens, S., Ouellet-Morin, I., Melhuish, E., & Belsky, J. (2015). Interactive effects of early and recent exposure to stressful contexts on cortisol reactivity in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(2), 138–146. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12287>
13. Joos, C., Wodzinski, A., & McDonald, A. (2015). Hair cortisol as a predictor of pubertal timing. *Psychoneuroendocrinology*, 61, 38. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.492>
14. Roy-Byrne PP, Russon J, Michelson E, Zatzick D, Pitman RK, Berliner L. Risk factors and outcome in ambulatory assault victims

- presenting to the acute emergency department setting: Implications for secondary prevention studies in PTSD. *Depression & Anxiety*. 2004; 19:77–84. [PubMed: 15022142]
15. Smyth, N., Biachin, M., Thorn, L., Hucklebridge, F., Kirschbaum, C., Stalder, T., & Clow, A. (2015). Hair cortisol concentrations in relation to ill-being and well-being in healthy young and old females. *Psychoneuroendocrinology*, 61, 65.  
<http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.567>
  16. Iglesias, S., Jacobsen, D., Gonzalez, D., Azzara, S., Repetto, E. M., Jamardo, J., ... Fabre, B. (2015). Hair cortisol: A new tool for evaluating stress in programs of stress management. *Life Sciences*, 141, 188–192. <http://doi.org/10.1016/j.lfs.2015.10.006>
  17. Kim, K. C., Gonzales, E. L., Lazaro, M. T., Choi, C. S., Bahn, G. H., Yoo, H. J., & Shin, C. Y. (2016). Clinical and Neurobiological Relevance of Current Animal Models of Autism Spectrum Disorders. *Biomol. Ther.(Seoul.)*, 24(3), 207–243.  
<http://doi.org/10.4062/biomolther.2016.061>
  18. Angelucci, F., Ricci, V., Gelfo, F., Martinotti, G., Brunetti, M., Sepede, G., ... Caltagirone, C. (2014). BDNF serum levels in subjects developing or not post-traumatic stress disorder after trauma exposure. *Brain and Cognition*, 84(1), 118–122.  
<http://doi.org/10.1016/j.bandc.2013.11.012>

19. Hayes, J. P., LaBar, K. S., McCarthy, G., Selgrade, E., Nasser, J., Dolcos, F., & Morey, R. A. (2011). Reduced hippocampal and amygdala activity predicts memory distortions for trauma reminders in combat-related PTSD. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 660–669. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.007>
20. Robinson, C.; Mandleco, B.; Olsen, S. y Hart, C. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77, p. 819 – 830.
21. Trickett, P. K., & Susman, E. J. (1988). Parental perceptions of child-rearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology*, 24, 270-276.
22. Smetana, J. G. (1994). Parenting styles and beliefs about parental authority. In J. G. Smetana (Ed.), *Beliefs about parenting: origins and developmental implications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. Pp. 21-36.
23. Steinberg, L., Elmen, D. J., & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60, 1424-1436.
24. Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: authoritative parenting, school involvement, and encouragement to

succeed. *Child Development*, 63, 1266-1281.

25. Steinberg, L., Mounts, N. S., Lamborn, S. D., & Dornbusch, S. M. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 19-36.

## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

El Dr. Emilio Esteban Montemayor Pachur es originario y residente de Monterrey, NL, donde realizó sus estudios de pregrado. Entre los años 2013 y 2017 realizó el posgrado en Psiquiatría en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, con el auspicio de la Universidad Nacional Autónoma de México. Durante su estancia en la ciudad de México participó en estudios de investigación en áreas de Trastornos Afectivos y Trastornos de la conducta alimentaria. Actualmente cursa en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario “José Eleuterio González” la subespecialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia lo que le llevó a realizar la presente investigación a manera de tesis.